



ANNEXE 4 : Demande de service(s) complémentaire(s)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
Nom complet de l'enfant :	
Code permanent du Québec :	
Date de naissance :	
Nom complet du parent :	
Adresse :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	

Veuillez indiquer le(s) service(s) complémentaire(s) dont vous avez besoin :

AVEC rapport détaillé d'un professionnel/d'une professionnelle	SANS rapport détaillé d'un professionnel/d'une professionnelle
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Conseiller/conseillère d'orientation
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Conseiller/conseillère GOAL
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Conseiller/conseillère en éducation spécialisée
<input type="checkbox"/> Conseiller/conseillère en trouble du spectre de l'autisme	

N.B. : Le *projet d'apprentissage* doit être transmis à la CSEM afin que la demande de services puisse être traitée. Si vous ne l'avez pas déjà soumis, assurez-vous de le joindre à la présente demande.

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE
Date de réception :
<i>Projet d'apprentissage</i> soumis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, suivi nécessaire
Décision de la commission scolaire :
Résumé de la réponse du parent concernant le(s) service(s) offert(s) :
Représentant/représentante de la commission scolaire :
Date :